Casuistische Beiträge

zur

Hysterie im Kindesalter.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Grossherzoglich Hessischen Ludewigs-Universität zu Giessen

vorgelegt von

Otto Weber.

Approb. Arzt aus Mönchhof a. Main.

Grünberg 1902.

Buchdruckerei von Heinrich Robert.

22503520320

Casuistische Beiträge

zur

Hysterie im Kindesalter.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Grossherzoglich Hessischen Ludewigs-Universität zu Giessen

vorgelegt von

Otto Weber.

Approb. Arzt aus Mönchhof a. Main.

Grünberg 1902.

Buchdruckerei von Heinrich Robert.

31525

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät

(im engeren Sinn) zu Giessen.

Referent Herr Prof. **Dr. Sommer.**

WELLCOME LIBRARY
P
11982

Seinen teueren Eltern

in Liebe gewidmet

vom Verfasser.

Es ist seiner Zeit in der „Zeitschrift für klinische Medizin“*) von Sticker darauf hingewiesen worden, dass unter dem hier in Giessen zur Beobachtung kommenden Krankenmaterial eine überraschend grosse Anzahl Fälle von Hysterie zu verzeichnen ist. Sticker fand unter 1000 Patienten der inneren Poliklinik 51 Fälle von unzweideutiger, konvulsionärer Hysterie. Diese Ansicht wird durch die Beobachtungen an der hiesigen psychiatrischen Klinik nur noch gefestigt. Obgleich diese junge Klinik mit ungleich kleineren numerischen Verhältnissen rechnet, so sind doch auch hier ziemlich häufig Fälle von unzweifelhafter Hysterie zur Behandlung gekommen. Von diesen sind besonders vier sehr interessant gewesen, einmal wegen ihres Symptomencomplexes und dann besonders auch wegen ihres vorzüglichen Heilresultates. Es handelt sich in diesen vier Fällen um Kinder vor der Pubertätszeit, und es dürfte wohl diese letztere Thatsache das Interesse an der Veröffentlichung, wie sie in nachfolgender Arbeit beabsichtigt ist, noch vermehren.

Bevor ich jedoch auf die Fälle genauer eingehe, möchte ich in ihren Hauptzügen die Entwickelung des klinischen Begriffes der „Hysterie“ darlegen; ein medizinisch-historischer Rückblick auf diese bis in die neueste Zeit so viel verkannte, misdeutete und geradezu mit dem Odium der Einbildung und Simulation behaftete Krankheit gehört zu den interessantesten Kapiteln der Geschichte der Medizin.

*) Beiträge zur Hysterie. Hysterischer Magenschmerz, hysterische Atmungsstörungen, von Dr. Georg Sticker. 30. Bd. H. 1 u. 2. 1896.

Bekanntlich entstammt der Name „Hysterie“ bereits den altgriechischen Schriftstellern; Demokrit und Plato reden schon in ihren Schriften davon, insbesondere stammen von letzterem Sätze her, die lange Jahrhunderte geltend blieben und die Therapie beherrschten, die leider, wenn man den Motiven mancher Castrationen und Uterusexstirpationen genauer auf den Grund geht, auch heutzutage noch Anhänger besitzen.

Plato nannte den Uterus „das Thier, das glühend nach Kindern verlangt, das, wenn es unbefruchtet bleibt, sich erzürnt, den Körper durchwandert und Verwirrung anrichtet“.

Daraus entwickelte sich logisch die Therapie: „nubat femina et morbus effugiet“ oder Entfernung der Materia peccans, also Castration. Die Verfechter der Castration als alleiniges Mittel für jene in so mannigfachen Variationen auftretende Neurose stehen also zum mindesten auf einem antiquierten Standpunkte.

Auch beim Hippokrates finden sich viele Hinweise auf Hysterie, doch geht aus seinen und der auf ihn weiter bauenden Schriftsteller Schilderungen hervor, dass man noch keine strenge Scheidung von Hysterie und Epilepsie kannte. So wird denn in der Symptomatologie des Krampfes vieles gebracht, was nach heutigen Erfahrungen nicht neben einander genannt werden darf. Wenn es z. B. in den Schilderungen heisst: „Die Frau verliert die Stimme, das Weisse in den Augen wird sichtbar, sie wird blauschwarz“, so weist das unstreitig auf hysterische Aphonie, Krampfzustände der Bulbusmuskulatur, Atmungsstörungen hin. Dagegen muss wieder Zähneknirschen, Speichelfluss etc. auf epileptische Zustände bezogen werden.

Celsus und Galen haben ebenfalls der Hysterie schon ihre Aufmerksamkeit zugewendet. Ersterer hat sogar schon ihre Abgrenzung gegen die Epilepsie versucht. Er weist darauf hin, dass bei jener neque oculi, nec spumae profluunt, nec nervi distenduntur: sopor tantum est. Und im Gegensatz zu ihm, der da schreibt: id vitium quibusdam feminis crebro revertens, perpetuum est, ahnt der Genius des Galen bereits, dass man es hier mit einer Gehirnkrankheit zu thun hat, die keine

sexuelle Basis, keine Praedilection für das weibliche Geschlecht besitzt. Was erst medizinische Erkenntnis nach anderthalb Jahrtausenden klar erkannte, drückt schon bei ihm der Satz aus: „Id vero quoque viris evenire solet".

Die Grundlagen, welche jene Meister für die Lehre von der Hysterie gegeben, gingen unter, als alle Wissenschaft mit religiösen Dogmen verquickt wurde, also mit dem Emporblühen der klösterlichen Bildungsstätten. Der Begriff der Krankheit wurde mehr und mehr mit theologischem Beiwerk verquickt, und die Aetiologie fand wenig Berücksichtigung mehr, nachdem das Dogma die Sündhaftigkeit des Einzelnen zur Ursache der ihn befallenden körperlichen Leiden erhoben hatte. Wo aber die Erklärungsgründe und -Versuche nicht zur Deutung sonderbarer Krankheitsäusserungen ausreichten, da war jene mittelalterliche Zeit nur zu geneigt, direkte göttliche Einwirkung oder dämonische Einflüsse anzunehmen. So sind denn die für eine Geschichte der Hysterie wichtigen Schriften aus diesem Zeitabschnitt nicht vom Geiste ärztlicher Forschung durchdrungen, sondern Ausflüsse teleologischer Grübeleien und Mirakeldeutung. Die Hysterischen, immer noch meist mit den Epileptischen zu einem Genus gerechnet, wurden zu Besessenen, die Symptome ihrer Krankheit zum Objekt theologischer Spekulation. Das ist um so bedauerlicher, als andererseits das Beobachtungstalent vieler Schriftsteller über Hysterie nicht schlecht war, sondern schon auf manchen Punkt achtete, der noch heute Gültigkeit hat. Es würde zu weit führen, die Geschichte der Hysterie in der Zeitepoche bis zum Ausgang des Mittelalters genau zu verfolgen, und es ist auch wenig lohnend, da der Grundgedanke unverändert derselbe bleibt. Die Hysterischen werden für Besessene angesehen und demgemäss behandelt. Diese Idee wird mit zäher Energie beibehalten, trotzdem die grossen psychischen Epidemieen in Parallele mit den massenhaften körperlichen, schweren Infectionskrankheiten jener Zeit eigentlich eine natürliche Deutung von anscheinend übersinnlichen Krankheitsäusserungen hätten nahe legen müssen.

Und nun beginnt mit Ausgang des Mittelalters jene traurige Epoche, in der die logische Consequenz der Besessenheitslehre gezogen wurde und die Hysterischen mit Feuer und Schwert behandelt werden, die Zeit der Hexenverfolgungen. Es ist geradezu frappant, mit welcher Exaktheit eine Menge von Hysteriesymptomen damals bereits ganz richtig beobachtet wurden. Man kannte schon recht wohl die der Hysterie eigenartigen Pupillenerweiterungen, die als gemina pupilla ein Stigma der Hexen bildeten. Man untersuchte die Körperoberfläche der Verdächtigen mit spitzen Nadeln und fand so die anästhetischen oder hyperästhetischen Hautpartieen, die natürlich dann ihre Deutung als Teufelsmale erfuhren. Man wusste, dass sich auf der Haut mancher Personen schreiben liess, also man kannte vasomotorisches Nachröten und die als Dermatographie oder Autographismus bezeichnete arteficielle Urticaria. Nätürlich verwendete man diese Kenntnis leider auch im Sinne der Zeit.

Partielle Lähmungen, Aphonie, waren ebenfalls bekannt; selbst die uns als Tympanie geläufige pathologische Darmgasansammlung kannte man in ihrer Wirkung. Sie verhalf so mancher Angeklagten durch die angestellte Schwimmprobe und bewirkte dann das Ueberwasserbleiben. Eine umfangreiche Abhandlung über diese Beziehungen der Hysterie zu den Hexenprozessen hat Snell jun. in Lüneburg geschrieben.

Wenn auch mit dem Ende des 17. Jahrhunderts die Hysterie aufhört, in solch furchtbarer Weise misverstanden und behandelt zu werden, so blieb dennoch die Krankheit eine geheimnisvolle, und das ärztliche Publikum stand nach wie vor vor einem Rätsel. Im Anschluss an Galen sah man noch immer günstigsten Falls seitens der vom Aberglauben nicht berührten Mediziner den Uterus für den schuldigen Teil an, und selbst die hervorragendsten Aerzte der Renaissance, wie der berühmte Ambroise Paré vermochten nicht klarer zu sehen. Noch bis ins 18. Jahrhundert hinein hielt man zumeist die Retention des Menstrualblutes für die Ursache der Hysterie.

Den Franzosen, die ja auch die grössten Verdienste um die Erforschung der Hysterie in der Neuzeit haben, war es vorbehalten, Licht in das Dunkel zu bringen. Die erste Schrift, welche die Grundlage einer richtigen Auffassung der Hysterie bildet, erschien 1618.

Fs war der Arzt Lepois zu Pont à Mousson, der es 1618 wagte, die alte Lehre umzustossen. Er formuliert mit aller Schärfe die Ansicht, dass Hysterie eine Männern und Frauen gemeinsame Nervenkrankheit sei, eine Erkrankung des Gehirns, als deren Ursache er eine Ergiessung seröser Flüssigkeit, colluvies serosa, in die Ventrikel annahm. Lepois kennt auch die infantile Hysterie, er beschreibt den hysterischen Tremor, die Lähmungen. Er muss als der Begründer der modernen Hysterielehre angesehen werden. Selbstverständlich entbrannte ein heisser, wissenschaftlicher Streit bis in unser Jahrhundert hinein. In England bekämpften sich Willis und Highmore, zwei uns aus der Anotomie wohl vertraute Namen, von denen jener für Lepois, dieser gegen die Annahme des nervösen Ursprungs war. Der grosse Arzt Sydenham (1681) indessen konnte nach seinen klassischen Beobachtungen die Lehre Lepois voll und gasz bestätigen. Bei ihm findet sich schon die richtige Erkenntnis und Beurteilung des hysterischen Erbrechens, der Oedeme (Tumor aqueus, wie jene Zeit es nannte) des Clavus hystericus, der Spinalirritation, der hysterischen Stimmbandaffektionen.

Leider aber brachen sich diese richtigen Ansichten nicht Bahn. Immer wieder treten im 18. Jahrhundert Verteidiger der alten Lehre vom Sitz der Hysterie im Uterus, von der Ursache der von manchen Aerzten mit der Hysterie in Paralelle gesezten Hypochondrie der Männer, in zurückgehaltener Samenflüssigkeit auf. In Frankreich wärmte Louyer-Villernoay die alten Ansichten des Hippokrates und des Galen wieder auf, und so ist am Anfang unseres Jahrhunderts die Hysteriefrage eigentlich genau so weit, wie vor anderthalb Jahrtausenden.

Jetzt aber taucht zum ersten Male aus dem Dunkel der berühmte Name jener Anstalt auf, welche eine Pflanzstätte moderner neurologischer und psychiatrischer Forschung allerersten Ranges werden sollte: Die Salpêtrière zu Paris, an der im Anfange des Jahrhunderts Georget, später Charcot und Gilles de la Tourette wirkten. Von ihnen ist ja besonders Charcot unbestritten der hervorragendste Forscher, der die Hysterie bearbeitet hat. Daneben sei noch Briguet, Chefarzt am Hospital de la Charité, erwähnt, der besonders die Erblichkeit der hysterischen Erkrankung scharf betonte und an einem ausserordentlich grossen Material ätiologische Studien machte.

Der Lehre der Franzosen gegenüber leugneten deutsche Forscher, z. B. Romberg, Valentiner, Meyer, noch lange den Charakter der Hysterie als einer reinen Neurose. Sie haben noch lange den Uterus für den Sitz des Uebels gehalten, doch gaben sie zu, dass die spinale Reflexthätigkeit bei den beobachteten Erscheinungen eine Rolle spiele.

Neuerdings sind wohl Charcots Ansichten allgemein gültig geworden. Sie gipfeln etwa in folgenden Gedanken:

I. Hysterie und Epilepsie sind toto genere grundverschiedene Affektionen.

II. Hysterie ist ein einheitlicher, unteilbarer Krankheitsbegriff.

III. Hysterie ist eine funktionelle Nervenstörung, bei welcher bisher organische Veränderungen nicht nachweisbar sind.

IV. Ihre Hauptursache ist die Vererbung. Sie kann eine gleichartige sein, d. h. hysterische Mutter — hysterisches Kind, oder eine ungleichartige, polymorphe, d. h. Neurosen irgend welcher Art bei Ascendenten und Hysterie ihrer Kinder.

V. Die hereditäre Disposition tritt durch Gelegenheitsursachen in Wirkung. Solche Ursachen sind:

Gemütsbewegungen,
Traumen irgend welcher Art,
geistige Ueberanstrengung,
Excesse in Venere,
Blutungen,
Intoxicationen und Infectionen.

VI. Der hysterische Zustand charakterisiert sich durch eine Reihe von Symptomen, die man als Stigmata bezeichnet. Die Stigmata bilden den fonds commun der Hysterie trotz der Mannigfaltigkeit der Erscheinungen. Diese Stigmata sind einmal psychische z. B. Anomalieen der psychischen Erregbarkeit, Suggestibilität, und andererseits somatische.

Ihre Zahl ist eine sehr grosse. Dahin gehören cutane Anaesthesien und Hyperaesthesien, sowie Hypaesthesien, die sogenannten hysterogenen Zonen, Sensibilitätsstörungen der Schleimhäute, Motilitätsstörungen, kurz Störungen seitens der verschiedenartigsten Organe, aber wohlgemerkt ohne jede organische Grundlage.

VII. Die Symptome der Hysterie gipfeln in Krämpfen klonischen und tonischen Charakters. Von diesen unterscheiden die Franzosen drei Arten:

a) die grossen Anfälle, in denen Charcot vier Etappen unterscheidet (sehr selten),

b) die kleinen Anfälle von epileptoïder Form,

c) die hysterischen Schlafattaquen. Hierhin gehören auch Katalepsie und Somnambulismus.

Eine ausserordentlich reichhaltige Litteratur hat sich in den beiden letzten Jahrzehnten über die Hysterie gebildet; Charcots Schüler schaffen noch jetzt an dem Ausbau seiner Lehre. Pitres, Legrand du Saule, Gilles de la Tourette, Janet, Pierre Marie, Guinon, Balles, Batault, Bourneville und Regnard, welchen beiden letzteren wir die „Iconographie photographique“ der Salpêtrière verdanken, das alles sind Namen, die in den Essays über hysterische Themata viel genannt und allen geläufig sind.

Auf deutscher Seite liegen uns treffliche Bearbeitungen der Hysterie vor von Jolly, Moebius, Strümpell, Oppenheim, Löwenfeld, Breuer und Freud, Emminghaus, Wille etc. Die Ansichten der Einzelnen hier darzulegen würde zu weit führen.

Auffällig in dieser Entwickelungsgeschichte der endlich zur vollen Anerkennung gelangten Krankheitsform muss nun

der Umstand sein, dass der zu so vielen Irrtümern Anlass gebende Name Hysterie noch stets gang und gäbe ist. Er hat seinen rein wissenschaftlichen Wert und Charakter längst verloren, der Aberglaube haftet an ihm, er ist ins Laienpublikum gedrungen und dient dort zur Bezeichnung des Albernen, Launischen, oft auch des Sexuellen im schlimmsten Sinn. Das allein schon genügt, um ihn in die Proscriptionsliste zu bannen. Darum ist es durchaus wünschenswert, hier einen zweckentsprechenderen Terminus einzuführen, und da es sich um Krankheitszustände handelt, die durch Vorstellungen produziert und von solchen abhängig sind, so ist die Einbürgerung von anderen Benennungen, wie z. B. Ideogenie oder, wie von Sommer vorgeschlagen wird, Psychogenie sehr zu wünschen. Damit wird die sonst stets durch den Namen unwillkürlich wieder geweckte Vorstellung einer uterinen Aetiologie am besten zum Verschwinden gebracht.

Im Anschluss an diese Entwickelung des modernen klinischen Begriffs der Psychogenie sollen jetzt die oben erwähnten vier Fälle aus der Giessener psychiatrischen Klinik geschildert werden. Vorher möchte ich jedoch Herrn Professor Dr. Sommer, der mir die Krankengeschichten zur Veröffentlichung gütigst überliess, sowie auch Herrn Privatdozenten Dr. Dannemann, der mich bei der Abfassung dieser Arbeit in zuvorkommender Weise unterstützte, hier nochmals meinen besten Dank aussprechen.

Fall I:

Johannette Elisabeth J., 11 Jahre alt, Bergmannskind aus G. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 8. VI. 1896.

Anamnese: Beide Eltern leben in leidlichen Verhältnissen und sind gesund. Patientin ist das zweite von fünf zwischen 1884 und 1892 geborenen Kindern. Dieselben sind nach Angabe der Mutter gesund, haben keine ernsteren Krankheiten durchgemacht bis auf den ältesten Knaben, der bei der Dentition häufig Krampferscheinungen bot. Die Patientin ist als Steissgeburt extrahiert, nach eintägiger Dauer der Entbindung. Sie erhielt die Brust bis zum Eintritt einer neuen Gravidität ihrer Mutter. Sie lernte früh gehen und sprechen, ebenso trat die Dentition rechtzeitig ein. Mit dem sechsten Lebensjahre kam sie zur Schule, wo sie anfangs schwerer, später leicht lernte und gute Fortschritte machte. Sehr grosses Interesse hatte sie stets für Religionsunterricht, las viel in der Bibel und sang gern geistliche Lieder. Sie wird im übrigen als fleissiges, intelligentes Kind geschildert. Die ersten Symptome der jetzigen Erkrankung traten im Frühjahr auf. Die Patientin hatte eine Influenza durchgemacht und war um Ostern langsam aphonisch geworden, redete nur noch in Flüstersprache. Da sie zugleich auch schlechten Appetit und Mattigkeit zeigte, hielt man sie während der Festtage im Bett. An einem Wochentage der Woche nach Ostern wurde sie plötzlich eines Morgens „bewusstlos", machte krampfartige Bewegungen, schlug mit Händen und Beinen, sodass die besorgten Eltern meinten, sie würde sterben. Als der schnell vom Felde herbeigerufene Vater kam, fand er sie bereits im „Zustand der Besserung", sie weinte erst längere Zeit, begann dann ein Gelächter anzustimmen und antwortete auf die Frage, was denn mit ihr gewesen sei: „Ich war im Himmel beim Herrn Jesus, das war so schön". An den nächstfolgenden Tagen holte Patientin oft

Nachbarskinder herbei, trug denselben auf, im Chor aus der „Missionsharfe“ zu singen, wozu sie selbst den Takt schlug. Am Sonnabend nach Ostern fand wieder ein „Anfall“ statt. Sie lag ganz steif und starr im Bette und der bei ihr befindliche Vater hörte, wie sie in Flüstersprache redete. Der Inhalt ihrer Reden war ein Moralisieren ihrer Eltern und Geschwister, dazwischen wurden Gesangbuchverse und Bibelsprüche hergesagt. Sie ermahnte dabei ihre Geschwister den Eltern gehorsam zu sein, die Eltern ihre Kinder gut zu erziehen, tröstete sie, man solle nicht um sie weinen, wenn sie sterbe; sie gehe zu ihrem Herrn Jesus in die ewige Heimat etc.

Um jene Zeit bestand auch einige Tage Unvermögen, etwas zu schlucken, das sich dann von selbst besserte. „Von da an“, so erzählte der Vater, „gab es jede Woche etwas anderes“. Eine Woche lag das Kind steif im Bette, dann kam eine Periode des Wanderns, es lief im Bette auf und nieder, klopfte an das in der Nähe befindliche Fenster; dann musste eine Zeit lang das Fenster verhängt werden, weil Patientin behauptete, ihre Augen könnten das Licht nicht vertragen. Endlich begann Patientin ihre Rutschereien im Zimmer selbst, warf die Bettstücke heraus und bewegte sich ruhelos im Zimmer auf den Knieen. Wollte man sie aufheben, so widerstrebte sie und sagte: „Wartet nur, es giebt noch etwas“ und annoncierte nach einer im Zimmer hängenden Uhr die Minute, um die sie ruhig werden würde. War diese gekommen, so legte sie sich steif auf den Boden und kommandierte: „jetzt müsst ihr mein Bett ordnen, jetzt müsst ihr mich hineinheben, jetzt muss die Mutter meine Schenkel reiben, damit der Krampf aufhört etc.“ Die Eltern führten alles getreulich, liebevoll aus und züchteten somit geradezu den Krankheitszustand.

Neuerdings traten religiöse Dinge nicht mehr hervor. Patientin hatte aber erfahren, dass der sie bis dahin mit narkotischen und sedativen Mitteln behandelt habende Arzt ihre Verbringung in die Klinik vorgeschlagen habe. Damit wurde es noch schlimmer. Täglich fragte Patientin den Vater,

wann sie denn in die Klinik käme? Sie wolle gesund werden, etc. Einmal diktierte sie einem Bekannten einen Brief an den Kaiser mit der Bitte um Geld, damit sie es zu ihrer Heilung verwenden könne.

Auf der Fahrt zur Klinik war sie ganz ruhig. Im Aufnahmezimmer der Klinik warf sie sich sofort nieder und begann auf den Knieen im Zimmer umherzurutschen. Nachdem die Patientin etwa eine Stunde auf der Abteilung im Bette gelegen, wird sie in der Klinik vorgestellt. Auf dem Arm wird sie zum Auditorium getragen. Hier zeigt sie stets den schon bei der Aufnahme beobachteten motorischen Drang, rutscht auf den Knieen im ganzen Saale umher, dabei den Weg sehr wohl wählend und ihr in den Weg gelegte Hindernisse umgehend. Sucht man sie aufzustellen, so stellt sie die unteren Extremitäten in Beugestellung, lässt sich sofort wieder in die knieende Stellung zurücksinken und sezt ihre Wanderung fort, wobei sie in eigentümlicher Weise pfeifende Atmung bietet. Der Gesichtsausdruck ist ein ängstlicher. Nimmt man sie auf den Arm oder hält man sie fest, so nimmt dieses ängstliche Mienenspiel noch zu, sie zuckt mit den Armen, schleudert die Hände hin und her, macht mit den Fingern ununterbrochen reibende Bewegungen gegen die Palma. Auf die Chaiselongue gelegt beginnt sie mit den Beinen schleudernde, krampfartige Bewegungen auszuführen und gerät in einen Zustand ganz ungeordneter Jactation des gesamten Körpers. Dabei ordnet sie mit den Händen stets ihre Kleidung, sobald sie sich irgendwie entblöst, macht also ganz überlegte Handlungen inmitten der Krampferscheinungen. Patientin lässt sich dann auch von der Chaiselongue herunterfallen, indessen so vorsichtig und in einer derart überlegten Haltung, dass sie sich nicht beschädigen kann.

Die Lider zucken beständig. Oeffnet man die geschlossenen, krampfhaft zugedrückten Augen gewaltsam, so sieht man den Bulbus nach oben rotiert, die Pupille fast ganz unter dem oberen Lid versteckt, dabei rollende Bewegungen des Auges. Die Sensibilität ist ganz ohne Störungen. Die Aphonie bleibt bestehen. Fragt man Pat., so antwortet sie in Flüstersprache unter

scheinbar grosser Anstrengung. Ebenso ist das Verhalten bei einer abendlichen, zweiten klinischen Demonstration, nur ist Pat., weil offenbar ermüdet, nicht mehr zum Rutschen zu bewegen.

Auf dem Wachsaal ist sie ruhig, rutscht einige Male durch denselben zum Nachtstuhl. Nahrungsaufnahme ist gut. Sie beobachtet ihre Umgebung genau.

Es wird den sie versorgenden Pflegerinnen ein Ausseracht-lassen der Pat. aufgetragen, niemand kümmert sich mehr um sie, als absolut notwendig ist. Um ihr Bett wird eine Rollwand gesetzt.

9. Juni. Pat. hat gut geschlafen. Steht morgens im Bette, sinkt aber ausser Bett sofort in die Kniee, will rutschen. Gänzlich tonlose Stimme.

8^{30} Minuten: Wird aus dem Bett genommen, kniet am Boden und schwankt beständig, fällt zusammen, stützt sich mit den Händen am Boden.

8^{40} Minuten: Da Pat. im Bett hat stehen können, so wird sie energisch bedeutet, dass sie dann auch auf am Boden ausgebreiteten Kissen stehen können müsse. Sie blickt weinerlich um sich. Nach mehreren misglückten Versuchen steht sie endlich, schwankt, sieht sich ängstlich um. Arzt und Pflegerinnen wenden sich anderen Dingen zu. Pat. steht wankend mit hilflosem Gesichtsausdruck. — Auf energischen ärztlichen Befehl tritt sie vom Kissen herunter. Dieses wird sofort mit dem Fusse zurückgestossen, so dass es ihr nicht mehr erreichbar ist. Sie wankt, hält sich mit ausgebreiteten Armen an einem Bettpfosten fest. — So lässt man sie fünf Minuten stehen. Auf den Befehl ins Bett zu gehen, schleppt sie sich ziemlich mühsam hin, und wird dann unbeobachtet gelassen.

9 Uhr. Es wird ihr ein Rock ins Bett geworfen und ihr befohlen aufzustehen. Sie legt ihn zögernd an und nimmt ihre Schuhe. An der Hand des Arztes folgt nun ein Spaziergang durchs Zimmer, dessen Tempo schnell gesteigert wird. Schliesslich muss sie allein diese Uebungen machen und führt dieselben auch aus, nur ab und zu noch ein leichtes Schwanken und Nachschleppen der Beine markierend.

$10^1/_2$ Uhr. Patientin, die bis dahin noch aphonisch war, wird aufgefordert, ins Untersuchungszimmer zu kommen. Dort wird sie auf einen Stuhl gesetzt, eine Elektrode ihr an die Brust gehalten und befohlen, falls sie Schmerz empfinde, dies laut zu sagen. Nach mehrmaligem Bestreichen des Kehlkopfes mit dem faradischen Pinsel, wobei die Patientin ein ängstlich-weinerliches Gesicht macht, wird die Stimme schnell klangvoller. Nach energischem Zureden, dass sie sprechen könne, spricht sie laut und klangvoll ihren Namen und behält nun den Klang der Stimme andauernd bei.

Patientin bekommt die Aufgabe im Bett sitzend aus der Fibel laut zu lesen, sowie den Auftrag ein vierzeiliges Gedichtchen auswendig zu lernen.

Nachmittags ist Patientin ausser Bett und wird zu kleinen Arbeiten herangezogen. Das Kind ist in seinem ganzen Wesen noch etwas zag und schüchtern, aber sonst willig und folgsam.

Status praesens: Mittelmässig genährtes Mädchen, 135 cm gross, 28,2 kg schwer.

Muskulatur mittelmässig entwickelt. Unterhautfettgewebe ziemlich spärlich, Knochenbau grazil.

Haut schlaff, blass, über der Brust in einer Falte leicht abhebbar. Conjunctivae palpebrarum, sowie die übrigen sichtbaren Schleimhäute blass.

Schädel: rundlich, symmetrisch, keine Narben aufweisend. Stirne mittelhoch, Augenspalten gleich weit, Iris graublau. Gesichtsskelett symmetrisch. Ohren zeigen keine Verbildungen. Zähne haben normale Stellung, keine Caries, gesunden Schmelz.

Brustkorb: leicht abgeflacht, infantil. Die inneren Organe sind normal, die Eigenwärme ist nicht gesteigert.

Urin frei von Eiweiss und Zucker, reagiert sauer.

Pupillen: mittelweit, reagieren prompt und ausgiebig. Augenbewegungen nach allen Richtungen ausgiebig, keine Störungen seitens der Bulbusmuskulatur.

Beim Beklopfen des Schädels keine Schmerzäusserungen; keine Supraorbital-, keine Mental-, keine Submamaldruckpunkte. Keine Spinalirritationen.

Facialisinnervation ist symmetrisch. Die Zunge wird gerade und ruhig herausgestreckt. Die Uvula steht in der Mitte, Gaumensegel sind symmetrisch innerviert, Tonsillen sind klein.

Idiomusculäre Erregbarkeit ist nicht gesteigert, vasomotorisches Nachröten von normaler Intensität.

Das Anconaeus-Phaenomen lässt sich hervorrufen.

Facialis-Reflex besteht nicht.

Patellar-Reflex ist leicht gesteigert.

Die grobe Kraft entspricht den somatischen Verhältnissen und dem Alter der Patientin.

Achillessehnenreflex ist beiderseits vorhanden, kein Fussklonus, kein Romberg, keine Ataxie.

Der Gang ist normal ohne Störungen.

Sensibilität: feinste Berührungen werden exakt angegeben, (mit feinem Wollfaden geprüft) richtig localisiert.

Ebenso besteht auf beiden Seiten in gleichem Maase Schmerzempfindlichkeit. Spitz und stumpf werden überall genau unterschieden. Der Temperatursinn der Haut ist ausgeprägt vorhanden.

Stimme: leicht belegt aber klangvoll.

Patientin giebt kleinere Gegenstände bei geschlossenen Augen richtig an; entwickelter Tastsinn.

Geschmackssinn: süss und sauer, salzig und bitter werden richtig unterschieden.

Geruchsvermögen: correcte Angaben über sauer und angenehm riechende Flüssigkeiten.

Gesichtssinn: Emmetropie, correcte Chromatopsie.

Gehörvermögen: Flüstersprache wird auf mehrere Meter gehört. Richtige Craniotympanale Leitung.

Psychisch: Patientin ist zeitlich und örtlich orientiert, macht richtige Angaben über Alter, Familie, Heimatsverhältnisse etc. Die Intelligenz ist eine der socialen Stufe und dem Alter entsprechende. Biblische Kenntnisse gering, Adam unbekannt, Eva dann später als seine Frau angegeben, Kain und Abel nicht bekannt.

Rechenprüfung: $4 + 7 = 11$ $3 \times 6 = 18$
$5 + 8 = 13$ $5 \times 7 = 35$
$6 + 5 = 11$ $4 \times 5 = 20$

15. Juni. Patientin verhält sich seit der „Heilung“ gleichmässig. Sie ist ein freundliches, zutrauliches Kind, willig, zu häuslicher Arbeit geneigt und lässt sich gern auf der Station zu allerhand Thätigkeit anhalten. Einzig hervortretend war an ihr nur eine gewisse Ueberschwenglichkeit in einzelnen kleinen Zügen, so erfasst sie, wenn sie um etwas bittet, die Hand des Arztes, drückt sie etwas sonderbar und trägt ihr Gesuch vor. Auch wenn man ihr im Scherz die Hand reicht, fällt dieses einen vielleicht schwach erotischen Charakter tragende Verhalten manchmal auf. Ihr Schlaf und Nahrungsaufnahme sind vorzüglich.

21. Juni. Heute zu den Eltern in die Heimat entlassen, nach vorheriger Unterweisung des Vaters bezüglich der zukünftigen Behandlung.

Der ganze Erkrankungsverlauf zeigt deutlich, dass es sich hier nur um einen psychogenen Symptomenkomplex handelt, und zwar um reine Hysterie. Dieselbe charakterisiert sich als solche durch:

1. hysterische Krampferscheinungen im Gebiete der Rücken- und Extremitätenmuskulatur, sowie im Gebiete der Bulbus muskulatur. Sie traten nur einmal in der Klinik auf und zwar am Morgen des Aufnahmetages bei der klinischen Vorstellung und können als ungeordnete klonische Jactationen bezeichnet werden.
2. hysterische Lähmungserscheinungen, einfache Willenslähmungen, besonders als hysterische Aphonie sich kennzeichnend, während ein eigentlicher hysterischer Mutacismus nicht zur Ausbildung gekommen ist. Ferner die Parese beider unteren Extremitäten.
3. das Erhaltenbleiben des Sensoriums, das selbst in den Momenten grösster Erregung sich stets durch ausgesprochene Wahlakte geltend machte (Vorsicht beim Fall

von der Chaiselongue, Vermeiden der Hindernisse und sorgfältige Auswahl des Weges bei den Rutschbewegungen etc.)

Contracturen, Sensibilitätsstörungen etc. sind hier in der Klinik nicht zur Beobachtung gekommen, und das schnelle Verschwinden der sämtlichen Krankheitssymptome machte Untersuchungen in dieser Richtung illusorisch. Zu befürchten bleibt, dass unzweckmässige häusliche Einflüsse vielleicht in Bälde schon zu einem Wiederausbruch der Krankheit führen können.

Indessen erfolgte dieser eventuell zu befürchtende Wiederausbruch nicht, wie aus Briefen der Eltern an die Klinik hervorgeht; der letzte dieser Briefe datiert vom 27. März 1900.

Fall II.

Antonie N., $12^1/_2$ Jahre alt, Kanzlistentochter aus T. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik zu Giessen am 8. Juli 1896.

Anamnese nach Angaben der Mutter: der Vater der Patientin lebt im Alter von 49 Jahren, die Mutter ist 45 Jahre alt, beide sind gesund. Bezüglich hereditärer Belastung ist zu bemerken, dass der Grossvater väterlicherseits nach einer Apoplexie vier Jahre lang geistesgestört, „oft tobsüchtig“ war (Paralyse?). Eine Schwester der Grossmutter mütterlicherseits, also Grosstante, war epileptisch, eine zweite „rückenmarksleidend“. Fünf Geschwister der Mutter sind an Hirnhautentzündung gestorben!

Patientin ist das fünfte von sieben lebenden Kindern, deren ältestes eine 21jährige Tochter ist. Ausserdem sind zwei Geschwister jung an Scharlach gestorben. Einmal machte die Mutter Fehlgeburt mit Zwillingen durch. Sämmtliche lebende Geschwister sind gesund, keines leidet speziell an Nervenstörungen oder Epilepsie. Patientin ist nach einer regelmässigen Schwangerschaft in halbstündiger Geburt ohne Kunsthilfe in

Schädellage geboren. Ihre Mutter hatte im siebenten Schwangerschaftsmonat eine heftige Erregung und Ohnmacht, als ihr eines ihrer Kinder mit einer im Spiel davongetragenen schweren Handverletzung ins Haus getragen wurde. Auf den Verlauf der Gravidität hatte dies jedoch keinen Einfluss.

Patientin wurde künstlich ernährt, war anfangs sehr schwächlich, aquirierte in der sechsten Lebenswoche bereits einen schweren Magen-Darmkatarrh, der fast ein halbes Jahr andauerte und sie mehrmals dem Tod an Entkräftung nahe brachte. Erst allmählich, in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres, besserte sich dies. Dann nahm die körperliche Entwickelung einen normalen Verlauf. Die erste Dentition trat ohne Störungen insbesondere ohne Krämpfe ein. Im zweiten Jahre lernte Pat. gehen. Auffällig war der Mutter in den ersten Lebensjahren nur, dass die Kleine manchmal „ganz apathisch“ im Bette lag, weniger ass und, soweit man bei einem Kinde davon reden darf, halb geistesabwesend war.

Im zweiten Lebensjahr schweres Trauma durch Fall. Anscheinend Rippenbruch mit Lungenverletzung. Pat. warf viel Blut aus, kam aber bald zur Heilung. Erst mit dem siebenten Lebensjahr kam sie zur Schule; soll, im Gegensatz zu ihren etwas torpideren Geschwistern, gut gelernt haben. Im Alter von 8 Jahren schwerer Scharlach, dem mehrere mit ihr erkrankte Geschwister erlagen. Bald darauf, im 9. Jahre, traten die ersten Klagen über Leibschmerzen auf, von den Eltern im Sinne von Wurmbeschwerden gedeutet, gegen welche jetzt ohne positives Resultat mehrfach Kuren angestellt wurden. Bald schlossen sich an diese Leibschmerzen „förmliche Leibkrämpfe“ an. Anfangs traten sie etwa vierwöchentlich ein, dann häufiger und stets intensiver und von zunehmender Dauer. Diese Anfälle waren dem regelmässigen Schulbesuch sehr hinderlich. Patientin soll aber gern zum Unterricht gegangen sein. In dem stets gutmütig und umgänglich gewesenen Charakter machte sich keinerlei Aenderung bemerkbar. Die Mutter giebt zu, dass das Kind gewusst habe, dass ihm zur Zeit seiner „Krämpfe“ vieles nachgesehen wurde. Ueber Form

und Art der „Krämpfe“ wird berichtet, dass kein eigentliches Zucken in den Gliedern stattfand, keine eingeschlagenen Daumen, kein Schaum vor dem Munde, kein unfreiwilliger Abgang von Kot und Urin bemerkt wurden. Es wurden nur die Beine an den Leib gezogen und bei unbenommenem Sensorium laute, gellende Schreie ausgestossen. Nach einiger Zeit trat dann Ruhe ein, und an die „Touren“ schloss sich ein oft mehrstündiger Schlaf an. Oft standen Geschwister beobachtend um das Krankenbett. In den Zwischenzeiten zwischen den „Touren“ ass Patientin mässig, war nach ihrer Angabe oftmals übel. Niemals trat Heisshunger auf. Es waren keine Anhaltspunkte für das Vorhandensein von Darmparasiten da. So lebte Pat. mehrere Jahre in dürftigen Verhältnissen. Häufig und von verschiedenen Seiten wurde ihretwegen ärztlicher Rat eingeholt, indessen stets ohne Erfolg.

Seit Mai hat sich nun der Krankheitszustand sehr verschlimmert, vielleicht infolge masturbatorischer Perversitäten, für welche die Mutter Anhaltspunkte gehabt haben will. Vielleicht ist die Masturbation aber auch nur als Zeichen allgemein gesteigerter Sensibilität, somit nicht causal für die Zunahme der Erscheinungen, sondern eher symptomatisch aufzufassen. Patientin fiel am Tage nach Himmelfahrt in der Schule zusammen, schrie gellend, behauptete ihren Vater als Leiche zu sehen. Als die Mutter sie heimholte, konnte sie nicht gehen, „die Kniee knickten zusammen“, sie war ganz kraftlos. Seit jenem Tage sollen nun die „Leibkrämpfe“ verschwunden und mehr allgemein motorische Erscheinungen beobachtet worden sein. Patientin klagte über Ziehen in den Armen, Mattigkeit. In den letzten Wochen fast jeden Tag „Krämpfe“, beginnend mit lautem Schreien, dann Jactation, Umsichschlagen, hinterher langer, halb bewusstloser Schlaf. In den Zwischenzeiten liegt sie oft lange im Bett, „hat gar keine Willenskraft“, wie die Mutter sagt, ist ganz gleichgültig, in der Nacht übrigens ruhig. Noch gestern, als sie schon seit einigen Tagen von ihrer bevorstehenden Ueberführung in die Klinik wusste, hatte sie morgens und abends „Krämpfe“, dabei

heftige Gesichtsverzerrungen. Hierher reiste sie ganz willig mit ihrer Mutter, nahm allerhand Puppenwerk, Bilder etc. mit. Unter ihren Effekten ist unter anderem ein Roman, „Rosa von Tannenburg", eine Ritterschauerhistorie.

Status praesens: Patientin ist ein 1,37 m grosses, gracil gebautes Mädchen in leidlichem Ernährungszustande. Hautfarbe gesund. Die sichtbaren Schleimhäute zeigen mittelstarke Rötung. Am Kopf keine Narben. Aschblondes, reichliches Haar; schon bei leichtem Beklopfen des Schädels werden Schmerzäusserungen gemacht.

Die Motilität des Stirnfacialisgebietes ohne Störungen.

Augen: Gleichmässige Weite der Lidspalten im ruhenden Zustande. Bei weit geöffneten Augen ist der Abstand des Lidrandes oben vom Cornealrande rechts etwas grösser als links. Links geringe Ptosis. Motilität der Bulbi ohne Störungen; kein Nystagmus. Iris ist graublau, Pupillen central, beiderseits gleichweit, reagieren prompt und ausgiebig. Die Accomodation ist ohne Störungen.

Sehschärfe = 1. Emmetropie. Keine Einengung des Gesichtsfeldes.

Farbensinn: prompte Unterscheidung der feineren Farbennüancen.

Hörvermögen: beiderseits anscheinend etwas herabgesetzt (Scarlatina!)

Geruch: Aether = Opium (!)
Tinct. Val. = weiss ich nicht.
Spir. Menth. = Pfefferminz.
Bals. Peruv. = Balsam.
Amyl. nitr. = unbekannt.
Asa foetida = Zwiebeln.

Auf beiden Nasenseiten gleich intensive Geruchsperception. Keine Geruchstäuschungen.

Geschmack: (an der Zungenspitze).

Tinct. Chinae = bitter.	Ac. acet. = salzig.
Sirup. simpl. = süss.	Natr. chlorat = salzig.

Die Zunge wird gerade herausgestreckt. Keine fibrillären Zuckungen, keine randlichen Narben, freibeweglich.

Der Gaumen ist symmetrisch innerviert, zeigt Spitzbogenform, keine Narben, Tonsillen normal, prompter Gaumenreflex.

Die Sprache ist ohne Störungen. Patientin deklamiert fliessend. Keine Anomalieen der Tonbildung und Mundstellung.

Schlingbewegungen: ohne Anstrengung ausführbar. Keine Vermehrung der Salivation.

Am Hals sind keine hervortretenden Sehnen oder Muskelbäuche zu sehen. Keine Struma, guter Panniculus. Angeblich bei Berührung der Fossa jugularis Schmerzempfindungen. Auf suggestiven Einfluss verschwinden die Schmerzen.

Keine Spinalirritation, keine Nackenstarre, freie Beweglichkeit des Kopfes.

Brust- und Bauchorgane: Lungen und Herz ohne nachweisbare pathologische Veränderung.

Abdomen weich. Angeblich beim Druck auf die Ovarialgegend Schmerzempfindlichkeit. Bei energischem Zureden lässt der Schmerz nach.

Motilität: Aktive Beweglichkeit in allen Gelenken. Keine Paresen, keine Lähmungen. Beim Stehen mit geschlossenen Augen starkes Schwanken, grosse, indessen offenbar lediglich psychisch bedingte Unsicherheit. Dabei beginnt Patientin zu weinen, ängstlich zu werden. Trotz starken Schwankens kein Fallen, sondern beständige Wahrung des Gleichgewichtes.

Keine Coordinationsstörungen; kein Intentionszittern. Keine motorischen Reizerscheinungen. Passive Beweglichkeit ist ohne Störungen.

Grobe Kraft sehr gut entwickelt.

Kein Tremor der gespreizten Finger; bisweilen ruckweise auftretende seitliche Fingerbewegungen.

Aufrechter, sicherer Gang.

Sensibilität: Tastsinn ohne Störungen. Nadelspitze und Knopf werden genau differenziert, keine Hyperästhesieen bis auf die Fossa jugularis, keine Anästhesieen, keine Parästhesieen. Richtige prompte Lokalisation der berührten Hautstellen.

Temperaturdifferenzen werden empfunden. Drucksinn ist ohne Störung.

Reflexprüfungen: Kein Facialisphaenomen.
Pectoralisreflex beiderseits auslösbar.
Bicepsreflex „ „
Kleinfingerballenphaenomen „
Patellarreflexe beiderseits gleich stark, psychisch sehr beeinflussbar.
Kein Fussklonus.

Vasomotorisches Nachröten sehr langsam eintretend.
Schweisssekretion an den Handflächen offenbar gesteigert

---

10. Juli. Patientin wird auf dem allgemeinen Wachsaal verpflegt, in einem Bett am Ende des Saales, um welches eine Rollwand gestellt wurde. Sie ist ruhig, manchmal etwas furchtsam, oft geneigt zu lachen und Unterhaltung zu suchen, was aber an dem ruhigen Ernst, mit dem man ihr begegnet, scheitert. Patientin muss sich selbst waschen, für ihre Bettwäsche sorgen etc. Heute Morgen wurde sie aus dem Bett genommen, musste Versuche machen, mit geschlossenen Augen zu stehen. Sie schwankte stark, öffnete oft die Augen, versuchte zu weinen. Man bedeutete sie, dass sie stehen könne, ein Fall würde ihr wehe thun. Dann wurden ihr die Augen verbunden und sie beordert, nach einiger Zeit, aber erst wenn sie gerade stehen könne ohne Schwanken, sich des Tuches zu entledigen und wieder ins Bett zu gehen. Diese Versuche wurden mehrere Male am Tage wiederholt. Daran schlossen sich Geh- und Laufübungen im Saal und auf dem Korridor. Patientin gewöhnte sich sehr bald daran, weinte nicht mehr. Hatte sie bei der ersten Untersuchung anscheinend hyperästhetische Zonen am Halse gehabt, so richtete die suggestive Behandlung offenbar auch hier sehr bald den normalen Zustand wieder her. Der Hals wurde leicht massierend bestrichen unter Versicherung, dass derselbe gesund, keineswegs empfindlich sei. In gleicher Weise wurde die anfänglich deutlich bestehende Ovarie beeinflusst. Mehrmals legte der Arzt am Tage mit

leichtem Druck die Hand auf das Abdomen und konstatierte, dass die Schmerzen nie wiederkehren würden. Nahrungsaufnahme und Schlaf sind gut. Patientin beobachtet ihre Umgebung scharf. Einmal fand der Arzt sie hinter ihrem Bettschirm mit nach der Wand zugekehrtem Gesicht am Nachmittage. Sie reagierte nicht auf Anrufen. Als man sie bei der Hand fasste, benahm sie sich etwas schwerfällig. Es wurde dem keine Bedeutung beigelegt, nur gesagt: „Du hast wohl einen Mittagsschlaf gehalten?“ Sie lächelte dann verlegen, nahm ihre Schuhe, wie befohlen, und ergab sich in die angeordneten Steh- und Gehübungen.

11. Juli. Klinische Vorstellung: Patientin bietet keinerlei Symptome von Paresen oder Krampferscheinungen. Bei geschlossenen Augen noch starkes Schwanken, das aber niemals, selbst bei den allergewagtesten Excursionen, zum Fall führt. Auch auf einem Fusse vermochte Patientin sich im Gleichgewicht zu halten. Sie wird jezt mit Küchenarbeit und Putzen etc. beschäftigt, sie ist gutwillig und zeigt sich anstellig. Als sie zufällig zu einer ängstlich erregten Dame gesetzt wurde, welche weinte, begann sie sofort in deren Thränen einzustimmen, konnte aber leicht davon abgebracht werden. Zu erwähnen sind nachträglich noch Bewegungsstörungen der Iris bei der Patientin, rhythmische Oscillationen bei gleichbleibender Intensität der Beleuchtung. Auch dieses als Hippus bezeichnete Symptom ist pathognomonisch zu verwerten. Weitere Anomalien in der Perception optischer Reize lassen sich bei der Patientin nicht nachweisen. Keine Störungen seitens des Oculomotorius.

13. Juli. Patientin bietet keine Krankheitssymptome mehr. Krampferscheinungen sind bisher nicht beobachtet worden.

21. Juli. Patientin hatte gestern Mittag über leichte Kopfschmerzen geklagt. Heute Morgen ist sie schwer zum Aufstehen zu bewegen, bleibt im Bette liegen bis fast zur Ankunft des Arztes, wobei sie mit den Händen und Augenlidern gezuckt haben soll. Heute Abend wurde ihr annonciert, dass sie nun bald wieder nach Hause solle, womit sie anscheinend sehr zufrieden war.

22. Juli. Morgens nur mit Mühe aus dem Bette gebracht, beginnt sie um etwa 8 Uhr grosse Schwäche an den Tag zu legen, fällt auf den Boden, wimmert, will ins Bett, zittert, bekommt Zuckungen in den Händen. Der Arzt findet sie im Bett liegend, mit geschlossenen Augen, Orbiculariskrampf, zuckenden Händen. Aus dem Bett genommen vermag sie nicht zu stehen, lässt sich auf den Boden sinken, die unteren Extremitäten sind in Beugestellung, dann bekommt sie Zuckungen. Als der Arzt ihr unvermutet aus einer Karaffe Wasser ins Gesicht fliessen lässt, rollt sie sich weg, wimmert nach ihrer Mutter. Sie wird dann sofort in ein kaltes, nasses Laken gehüllt, schaudert, klappert mit den Zähnen, schleudert die Glieder. Es werden nun mit einer Nadel leichte Stiche in die Waden und Fingerspitzen ausgeführt und dabei energisch ausgesprochen, dass diese Behandlung von Erfolg sein werde, sie könne nunmehr stehen. Patientin steht nun im Hemde mitten im Zimmer, muss unter Führung gehen und laufen, sich dann nach zehn Minuten ankleiden und mit zur Küche gehen, wo sie beschäftigt wird. Die Krämpfe etc. sind damit spurlos verschwunden.

3. August. Seit dem kurzen hysterischen Anfall vom 22. Juli keine hysterischen Symptome mehr. Patientin ist willig und lenksam und fühlt sich anscheinend in der Klinik recht wohl. Körperlich bietet sie keine Abnormitäten mehr bis auf die immer noch ungewöhnlich grossen Pupillen und den Hippus derselben. Es soll demnächst der Versuch einer Entlassung gemacht werden.

6. August. Da der Patientin gesagt ist, sie solle bald heim, fängt sie an, wieder ein kopfhängerisches Wesen zur Schau zu tragen, klagt über Kopfschmerzen, hat Thränen in den Augen, will nicht recht essen. Auffällig stärker wird damit auch wieder die linksseitige Ptosis. Anscheinend lässt die Erinnerung an die am 22. Juli geübte Therapie den Wunsch nach Bettruhe und damit weitere Symptome nicht hervortreten. Patientin bekommt abendlich warme Bäder mit kühlen Uebergiessungen des Rückens (Zimmertemperatur).

19. August. Da Patientin bis heute ohne Anfälle blieb, so wird sie heute nach Hause entlassen. Die Mutter, welche sie abholt, bekommt Verhaltungsmassregeln und den Auftrag, in einigen Wochen über den weiteren Verlauf zu berichten. Patientin weint beim Fortgang, geht sichtlich ungern in die beschränkten, heimischen Verhältnisse zurück.

An der schon nach der Anamnese sofort aufgestellten Diagnose der Hysterie ist wohl kaum zu zweifeln. Die ganze Entwickelung deutet darauf hin. Zu erwähnen ist noch, dass schon dem Lehrer der Patientin früher aufgefallen sein soll, dass die Intelligenz des Kindes eine bei bestehender Epilepsie absonderlich hervorragende sei. Würde es sich bei der Patientin um eine seit den frühesten Lebensjahren andauernde epileptische Disposition handeln, so würden die geistigen Fähigkeiten schwerlich derart unbeeinflusst geblieben sein, wie es der Fall ist. Das Fehlen deutlicher, motorischer Symptome, das vikarirende Auftreten der Erscheinungen in einzelnen Körpergebieten, (anfangs Leibkrämpfe [viscerale Hyperästhesie] dann Extremitätenparesen) die Begleiterscheinungen, das Auftreten lediglich im Beisein der Geschwister oder Schulgenossen, die Steigerung nach therapeutischen Versuchen, das alles weist deutlich auf den hysterischen Charakter der Krankheit hin.

Wie aus den Briefen der Mutter dann hervorgeht, hatte Patientin zu Hause schon am 22. August wieder einen Anfall, dann ging es eine Zeit lang besser bis Mitte Januar 1897. Von da an hatte sie häufige Anfälle, anfangs täglich, später alle drei bis vier Tage mit denselben Symptomen wie früher. Eine Wiederverbringung in die Klinik, die der Mutter vorgeschlagen wurde, war dieser nicht möglich.

Weitere Mitteilungen über die Patientin sind nicht eingegangen, nur schreibt die Mutter am 3. Februar 1897 noch, dass ein Sohn von ihr, Bruder der Patientin, an Geistesstörung erkrankt und in eine Anstalt verbracht worden ist (Wahnsinn oder Veitstanz, sei es gewesen).

Fall III.

Emmi K., 10 Jahre alt, Kaufmannskind aus M. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 13. Juli 1896.

Anamnese, nach Angaben der Mutter:

Patientin ist die Tochter eines gut situierten Kurzwaarenhändlers. Die Grosseltern sind verstorben. Weder in direkter Ascendenz noch in Nebenlinien sollen Geistesstörungen beobachtet worden sein; auch ergibt Forschung nach Nervenstörungen negatives Resultat. Eine gewisse Belastung besteht nur seitens der Mutter. Dieselbe „soll von einer nervösen Amme gestillt worden sein“ und war in ihren Jugendjahren sehr bleichsüchtig. Sie wird geschildert als eine leicht erregte Frau, welche auf die geringsten, psychischen Einflüsse sehr intensiv reagiert, kurz als eine nervös-hysterische Frau. Patientin hat drei Geschwister, einen siebzehnjährigen Bruder, gut talentiert, Schüler der hiesigen Realschule, eine dreizehnjährige und eine vierjährige Schwester. Patientin hat sich als Kind regelmässig entwickelt, früh laufen gelernt, rechtzeitig die Sprache erhalten. Sie war ein kluges, gewecktes Kind, aber immer sehr sensibel und liebebedürftig. Sie blieb in den ersten Jahren von ernsteren Krankheiten verschont, kam mit dem sechsten Lebensjahre zur Schule und machte schnelle Fortschritte. Im Verhalten zu Altersgenossen war sie freundlich, leicht sich anschliessend. Bis zum vollendeten neunten Lebensjahr bot Patientin keine Symptome gestörter Nervenfunktion. Erst im letzten Herbst setzte die Krankheit ein und zwar angeblich verursacht durch den anhaltenden Druck der Pädagogik eines die Patientin im Religionsunterricht beeinflussenden Pfarrers. Die Kleine fürchtete denselben sehr, da er sie wegen ihres ablehnenden Verhaltens gegen eine Mitschülerin mit Schlägen bedacht hatte und die Wiederholung der Züchtigung angekündigt hatte. Sie ängstigte sich sehr, bekam Erregungszustände, in denen sie ihre Kleider zerriss und um sich schlug. Sie selbst sagt: „Ich habe den Veitstanz (!) bekommen und den hat dann der Herr Medizinalrath behandelt“. Natürlich fand sie in solchen Augenblicken rege Theilnahme seitens der Mutter, die sie auf den Arm nahm,

ins Bett trug und in den freien Intervallen sehr zart behandelte. Unter solchen Umständen vermehrte sich Intensität und Dauer der Zustände immerfort. Es traten krampfartige Erscheinungen mit allgemeinen Muskelbewegungen auf, dabei wurde der Kopf aufgeschlagen (Opistotonus!), die Finger am Boden wund gerieben, Schaum trat vor den Mund, Patientin schlug und kratzte Personen, die sich um sie bemühten, bis auf ihre Mutter. Hinterher soll für die Zeit der Anfälle keine Amnesie bestanden haben, wie ausdrücklich betont wird! Die Angehörigen gewöhnten sich als Gradmesser der Erkrankung die Weite der Pupillen anzusehen. Wurden diese weit, so war der Anfall meist nicht mehr fern. Von einem derselben wird berichtet, dass die Patientin mit schäumendem Munde und knirschenden Zähnen ihre Glieder streckte, ganz steif war bis auf den Kopf, der schlaff herunter hing, (kataleptische Starre!) als die Mutter sie aufnahm. Dabei schrie sie: „Mein Kopf! mein Kopf!“ Auch sollen Sinnestäuschungen bestanden haben, anscheinend im optischen Gebiete, Patientin redete mit sie bedrohenden Personen, sagte z. B.: „Der kommt und das kommt! Nein, du bekommst es nicht“.

Patientin wurde aus der Schule genommen, wo nach ihrer Angabe eine vor ihr sitzende Mitschülerin dieselbe Krankheit bekommen habe, wie sie. Zu Hause wurde sie mit Bädern, Eisen, Arsen etc. behandelt. Unter roborierender Diät verschwanden hier die Erscheinungen, so dass der behandelnde Arzt sie Ostern wieder zur Schule gehen liess.

Sehr bald indessen, im Anschluss an eine Differenz mit einer Mitschülerin, traten wieder Krampfanfälle ein. Patientin wurde wieder von grosser Angst beherrscht, in der sie sich fast ausschliesslich mit der Figur des gefürchteten Pfarrers beschäftigte. In den krampffreien Zeiten traten andauernd Zuckungen des Kopfes, der oberen Extremitäten, der Gesichtsmuskulatur auf. Da sich die Erscheinungen stets mehrten und Patientin in hochgradige Aufregungszustände geriet, in denen sie „Mörder und Räuber“ schrie, so wurde beschlossen, sie in die hiesige psychiatrische Klinik zu bringen. Sie wusste

schon vor einigen Tagen davon und überlegte sich die Sache, wollte bald ganz gern, war dann wieder abgeneigt. Schliesslich ergriff die Mutter die Initiative und brachte sie mit grossem Familiengefolge, (!) (zwei Schwestern) in die Klinik, wo sie am Spätnachmittag eintrifft.

Status praesens:

Grazil gebautes, zierliches Mädchen, 1,30 m hoch, 24,6 kg schwer, in leidlichem Ernährungszustande mit gut entwickelter Muskulatur.

Motilität: keine gröberen Störungen; Stehen, Gehen und Laufen wird ohne Beschwerden ausgeführt. Die grobe Kraft ist unvermindert. Geringes Schwanken bei geschlossenen Augen.

Beim Strecken der Hände und Spreizen der Finger zeigt sich ein geringer Tremor der letzteren verbunden mit leichten Schleuderbewegungen der ganzen Extremität. Bei geschlossenen Augen scheinen diese motorischen Störungen sich leicht zu steigern. Bei ruhiger Bettlage sind keine Bewegungen des Kopfes zu bemerken, nur findet in der Gesichtsmuskulatur und zwar in den von den unteren Facialisästen versorgten Partieen derselben ein leichtes Zucken statt, welches ein Hinaufziehen der Mundwinkel zur Folge hat. Facialisreflex ist nicht auslösbar (nachträglich treten Zuckungen auf, die auf Rechnung der Chorea zu setzen sind). Kleinfingerballenphaenomen ist beiderseits vorhanden. Deutlicher Bicepsreflex.

Pectoralisreflex: leicht auslösbar.

Patellarreflexe: beiderseits vorhanden, geringer Ausschlag, zögernder Abfall. Starke psychische Beeinflussung.

Achillessehnenreflexe: bei Prüfung derselben zeigen sich Contractionen der Plantarmuskulatur und leichte Beugebewegungen der Zehen unter Abduction des Hallux.

Kein Fussklonus.

Gefässreflexe: geringes vasomotorisches Nachröten von beträchtlicher Dauer (ca. 10 Minuten).

Pupillarreflexe: Bei Tageslicht sind die Pupillen mittelweit, zeigen deutlichen Hippus. Bei Beschattung rasche Erweiterung, auf Lichteinfall ausgiebige Reaction.

Motilität der Bulbi ohne Störungen. Bei äusserster Aussen- und Innenrotation klonische, nystagmusähnliche, horizontale Zuckungen der Bulbi.

Sensibilität: durchaus normal; sehr prompte, richtige Lokalisation. Spitz und stumpf werden richtig unterschieden.

Tastgefühl ohne Störungen.

Sinnesorgane: Die Augen haben normale Sehschärfe; exakte Farbenunterscheidung.

Geruchsorgan: Beiderseits exakte Perception von Geruchsreizen.

Geschmacksorgan: normale Empfindung für süss, sauer, salzig und bitter.

Gehörsorgan: keine Störungen. Craniotympanale Leitung intakt.

Schädel: breit, rund-oval, symmetrisch. Hinterhauptsschuppe besonders stark entwickelt. Stark entwickelte Protuberantia occ. externa und ebensolche Tubera frontalia. Keine Schädelnarben, dichte braunrötliche Behaarung. Stirn mittelhoch. Keine Supraorbital-Druckpunkte. Symmetrische Gesichtsbildung. Keine Deformitäten des äusseren Ohres, freie Ohrläppchen.

Symmetrisches Oeffnen des Mundes. Zunge wird gerade herausgestreckt, unter beständigen, wogenden Bewegungen. Keine Narben der Zungenränder. Zäpfchen mittelständig. Keine Innervationsstörungen des Gaumens, keine Narben an demselben. Gebiss ohne Verbildungen, vollständig. Keine Störungen der Salivation, keine Schwellung der Halsdrüsen.

Lungen und Herz sind normal.

Abdominalorgane: Sehr gesteigerte Bauchreflexe. Keine Druckempfindlichkeit, normale Organgrenzen. Urin frei von Eiweiss und Zucker.

Die Haut ist blass, etwas anämisch, weist zahlreiche Sommersprossen auf. An den Fingern beider Hände zahlreiche Verrucae. Schleimhäute von mittelstarker Injection. Keine Störungen der sekretorischen Funktionen.

Psychisch: Leicht ängstlicher, bisweilen weinerlicher Gesichtsausdruck. Orts- und Zeitverhältnisse sind bekannt, voll-

kommene Orientierung. Erinnerungsvermögen und Intelligenz ohne Störungen. Patientin rechnet leidlich. Sie bietet keine wesentlichen, psychischen Symptome, wird nur manchmal von einer ängstlichen Stimmung beherrscht, wenn sie an den erwähnten Pfarrer sich erinnert. Während der Untersuchung machen sich die Gesichtszuckungen bisweilen bemerkbar. Irgend eine Steigerung dieser motorischen Symptome im Beisein von Beobachtern ist nicht bemerkbar. Das Gesammtverhalten bietet keine hervortretenden Züge von Hysterie.

Diagnose: Chorea, ob Hysterie mitbeteiligt ist, ist noch fraglich.

16. Juli. Patientin hat psychisch bisher keine auf Hysterie zu deutenden Züge dargeboten. Sie hielt am Tage Bettruhe, suchte etwas Beschäftigung und kämpfte ein anfangs bestehendes Heimweh nieder. Abends wurde sie täglich einige Stunden ins Freie gelassen. Sie lief umher, spielte, war folgsam und gesittet. In Gesprächen, die man bei solchen Gelegenheiten mit ihr anknüpfte, erwies sie sich stets als recht intelligent, erzählte harmlos von ihrer Schulzeit, den häuslichen Verhältnissen etc. Obgleich den Krankheitssymptomen keinerlei Aufmerksamkeit geschenkt wurde, so dauerten dieselben doch im wesentlichen unvermindert fort. Sie beschränkten sich nur auf die mimische Muskulatur und die der oberen Extremitäten. Die unwillkürliche Bewegung der Letzteren besteht in einem ruckweisen Drehen nach aussen. Die Exkursion der Extremitäten ist jedoch nur eine sehr geringe. Dabei werden die Schultern leicht gehoben. Am ausgeprägtesten sind die choreatischen Erscheinungen in der Gesichtsmuskulatur, doch sind sie hier nur auf die von den unteren Facialisästen innervierten Muskeln beschränkt, (Zygomaticus, Levator alae nasi, Quadratus lab. superioris) während die Stirnmuskulatur keine motorischen Störungen aufweist. Die Störungen bestehen auf beiden Körperhälften gleich intensiv. Complicationen mit Herzerkrankungen sind nicht vorhanden. In wieweit an dem in der Anamnese geschilderten früheren Symptomenkomplex die Hysterie beteiligt ist, ist noch fraglich. Der Gedanke, dass es sich um reine Hysterie handelt, muss

fahren gelassen werden. Patientin bekommt jetzt Chinin in kleinen Dosen, zweimal 0,1 pro die.

20. Juli. Patientin ist jetzt ganz ausser Bett. Sie bietet in ihrem allgemeinen Verhalten nichts krankhaftes. Manchmal, wenn sie gerade keine andere Unterhaltung hat, klagt sie über Heimweh. Leichte Zuckungen in der Gesichtsmuskulatur fallen auch jetzt noch an ihr auf. Niemals sucht sie die Aufmerksamkeit irgendwie auf sich zu lenken, ist stets bescheiden und leicht zu lenken. Nahrungsaufnahme und Schlaf sind vorzüglich.

22. Juli. Immer noch geringe, choreatische Zuckungen. Nach Angabe von anderer Seite soll manchmal an ihr eine gringe Neigung zur Imitation der Handlungsweise Erwachsener sich zeigen, z. B. bei Tische. Da Patientin hier nicht zu trennen ist von Patienten, deren Haltung und Redeweise sie zur Nachahmung beeinflussen könnte, so soll sie nunmehr in eine ländliche Umgebung gebracht werden, und es wird in diesem Sinne den Eltern Anweisung gegeben.

25. Juli. Patientin wird entlassen. Beim Wiedersehen ihrer Mutter weinerliche Stimmung. Es wird nun noch ein kleiner Zug bekannt, der die Patientin auch als Hysterica charakterisiert. Sie hatte vor einigen Tagen beobachtet, dass auf der Station nach einer Anzahl verlorener Hefte eines Unterhaltungsblattes gesucht wurde. Zusammen mit einer anderen hysterischen Patientin gleichen Alters hatte sie dies auf sich bezogen und zu ihrem sie besuchenden Bruder geäussert, sie sei des Diebstahls beschuldigt. Die Mutter, welche ebenfalls psychisch nicht intakt erscheint, kommt deswegen bereits mit Leumundsattesten für ihre Tochter zur Klinik.

Die Erkrankung der Patientin charakterisiert sich als eine Chorea, anscheinend entstanden unter dem Einflusse audauernd wirkender Angstempfindungen bei einem prädisponierten Kinde. Patientin hat alsdann in stets sich steigerndem Erwartungsaffekt gelebt, und so mag alsdann der erste Krampfanfall ausgelöst worden sein durch das Bestreben, sich der Schule zu

entziehen. Die sorgsame Behandlung seitens der Mutter that ein übriges, um Patientin in ihrem autosuggestiven Zustande noch zu bestärken und führte somit zu einer Häufung der den Charakter echter Hysterie tragenden, motorischen Erregungszustände. Mit der Ausschaltung des Causalmomentes, des dem Kinde zu einem Schrecknis gewordenen Schulbesuches, systieren sämtliche hysterischen Erscheinungen und nur die choreatischen dauern fort, um unter medikamentöser Behandlung ebenfalls langsam zurückzugehen. In wie hohem Maße Patientin autosuggestibel ist, beweist die letzterwähnte Notiz von den verlorenen Heften.

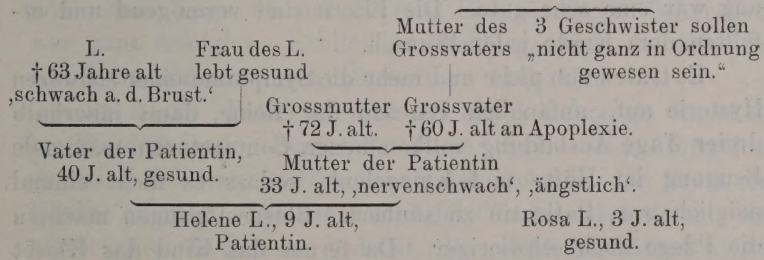
25. Juni 1900. Patientin stellt sich heute in gutem Gesundheitszustande vor. Sie soll noch manchmal ein etwas stilles Wesen haben, manchmal auch Zuckungen, aber sonst soll sie keine Krankheitsäusserungen mehr zeigen. Seit ihrer Entlassung wurden keine Krampferscheinungen mehr beobachtet.

Fall IV.

Helene L., 9 Jahre alt, Landmannskind aus F. Aufgenommen in die psychiatrische Klinik am 25. April 1898.

Anamnese: nach Angabe der Eltern.

Erbliche Verhältnisse cf. Stammbaum.



Patientin ist nach normaler Gravidität der Mutter in spontaner Geburt zur Welt gekommen. Sie war ein kräftiges Kind, erhielt Brustnahrung bis zum Ende des ersten Lebensjahres. In früher Jugend mehrfach Lungenkatarrh. Entwicklung war sonst normal, doch blieb Patientin immer ein zartes, etwas

schmächtiges Kind; war immer schreckhaft. Sie kam mit sechs Jahren zur Schule, lernte gut lesen und schreiben. Jeder Schreck fiel ihr aber immer gleich auf das Gedächtnis. Sie klagte oft über Herzklopfen. Mit Altersgenossinnen verkehrte sie in normaler Weise. In ihrer Erziehung wurde sie verzärtelt; wenn man sie schalt, wurde sie gleich ängstlich, furchtsam. Schläge kamen nie in Anwendung.

Die gegenwärtige Erkrankung datiert vom Februar dieses Jahres. Am 20. Februar legte sich Patientin mit Frost, Magendrücken, Husten. Fiebermessungen wurden erst gegen Ende des Monats ausgeführt, als es besser ging. Der Vater erinnert sich, dass er einmal mass 37,3° und 90 Pulsschläge zählte. Als diese Influenzaerscheinungen sich besserten, blieb das Kind gleichwohl im Bett. Grosse Müdigkeit in den Beinen und Schlafsucht, Hyperästhesie in den unteren Extremitäten. „Es zog auch auf die Brust, dass es nur sehr schwer atmen konnte.“ Wenn es aufsitzen sollte, so konnte der Hals den Kopf nicht tragen. Manchmal stellte sich ein eigentümlicher Husten ein, „es hustete dann wie ein Schwein“, meinte die Mutter. Der während des Anfangs der Krankheit darniederliegende Appetit besserte sich, es ass wieder gut, hielt aber die Mahlzeiten nicht ein, verlangte zu unregelmässigen Tageszeiten Nahrung. Alles schmeckte ganz süss (Geschmackshalluzinationen). Die Ernährung war eine sehr gute. Die Eltern sind vermögend und erfüllten dem Kinde jeden Wunsch.

Es traten nun mehr und mehr die Symptome einer schweren Hysterie auf, anfänglich Paresen der Beine, dann innerhalb dreier Tage Ausbildung vollkommener Contracturen, maximale Beugung im Hüft- und Kniegelenk, sodass es nicht einmal möglich war, Patientin zu säubern. Blasenstörungen machten die Pflege noch schwieriger. Da ferner das Kind das Kloset nicht benutzen konnte, so liess man es auf ein Tuch im Bett defäcieren, und säuberte es dann, so gut es ging. Ende März begannen auch Sinnestäuschungen sich zu zeigen. Sie schreckte, mit geschlossenen Augen liegend, zusammen, riss furchtsam die Augen auf, schrie, es sei ein Stuhl auf sie geworfen worden.

Auch sah sie an der Tapete des Zimmers, welche gelbe Grundfarbe mit schwarzen Zeichnungen bot, grüne und weisse Männer, zeigte grosse Furcht vor diesen, rief: „Da kommt wieder einer“ etc.

Die Hyperästhesie der Patientin nahm mit jedem Tage zu, sie konnte nicht das geringste Geräusch hören, tyrannisierte nicht nur das Haus, sondern veranlasste sogar den Vater, eine Eingabe zu machen, dass kein Wagen an dem Hause vorüberfahren dürfe. Die Bürgermeisterei liess an der Dorfstrasse ein in diesem Sinne verfasstes Plakat anbringen!

Krampferscheinungen traten immer häufiger auf. Beim geringsten Anlass schlugen die ganz an den Unterkörper gezogenen Beine an einander, sodass die besorgten Eltern Puppenkissen dazwischen legten. Manchmal ging ein Stoss durch den ganzen Körper, und die Kleine flog dann mit einem Male in die Höhe, „wurde geworfen“, wie der Vater sich ausdrückt. Wenn nur ein Hahn krähte, so begannen sofort Krampferscheinungen aufzutreten. Die eigenen Eltern durften nur in Strümpfen im Hause umhergehen. Liess man sie allein, so liess sie sich aus dem Bette hängen, sodass schleunigst jemand hinzuspringen musste. Nachts musste Licht gebrannt werden, auch musste die Mutter bei ihr im Bette liegen. Unter diesen Verhältnissen wurde der Zustand mit jedem Tage unerträglicher. Eine ärztliche Behandlung war ganz erfolglos. Schliesslich wurde geraten, das Kind der Klinik zuzuführen. Ankunft mittags $11^1/_2$ Uhr.

25. April. Patientin wird zur Klinik gebracht, eingehüllt in Pferdedecken. Beide Beine im Knie- und Hüftgelenk maximal flektiert, sodass die Kniee sich an die Brust des Kindes anlegen. Die Innenseite der Oberschenkel ist mit eingetrockneten Kotkrusten bedeckt, das reichliche, rötlich-blonde Haar gänzlich verfilzt, sodass Kurzschnitt notwendig wurde. Sehr zartes anämisches Kind mit ängstlich weinerlichem Gesichtsausdruck.

Nachdem es entkleidet, resp. aus seinen Umhüllungen herausgenommen ist, wird es ins Bad gesetzt. Angst, Weinen.

Der Versuch, die Beugung im Kniegelenk auszugleichen, wird mit Jammern beantwortet, gelingt aber so weit, dass wenigstens eine ordentliche Reinigung stattfinden kann. Im Bett nimmt das Kind dann sofort wieder die alte Lage ein, liegt auf der linken Seite, die Kniee bis zur Brust hinaufgezogen. Bringt man es in sitzende Haltung, so fällt es um, der Kopf kann nicht erhoben werden. Dem Kommando, die Hand zu geben, vermag es nicht nachzukommen, dreht bei leichtem Heben der Arme die Handflächen nach aussen. Fragen werden nur mit Kopfschütteln oder Nicken beantwortet. Beim Vorhalt, dass ein Kind ordentlich reden müsse, Weinen. Dann halblaute Angabe des Namens, Herkunft, Alters etc.

12 1/2 Uhr: Mehrmalige Streckung der Beine durch den Arzt. Anfangs jammert das Kind, dann innerviert es selbst, vermag aber noch nicht, die Beine allein zu heben. Es bekommt nun Befehl, dieselben gestreckt liegen zu lassen, erhält Stricknadeln und Garn. Erst blickt es die Umgebung hülflos an, nimmt dann das Gerät, macht langsame aber korrekte Bewegungen damit. Beim Essen vermag es nur in Kissen gelehnt zu sitzen. Es muss nun selbst den Löffel führen, was nach einiger Anstrengung auch gelingt.

1 1/2 Uhr: Wiederholung passiver Beinbewegungen, Aufstellen im Bett. Dabei macht Patientin den Rücken krumm, knickt mit den Knieen ein, hält sich dann selbst mit den Händen an der Bettlehne. Sie ist dabei sehr ängstlich, zittert und schwankt. Dann werden Versuche gemacht, aufrecht im Bett zu sitzen.

2 1/2 Uhr: Patientin wird aus dem Bett genommen, ist sehr ängstlich, beugt beständig die Kniee, knickt zusammen. Sie muss nun vor dem sitzenden Arzt stehen lernen. Erst schwankt sie viel, gewinnt aber dann mehr Halt. Es folgt fünf Minuten langes Probestehen mit einer Hand am Bett, mit der anderen an einer Stuhllehne sich haltend.

4 Uhr: Gehversuche. Patientin weint laut. Passive Schrittbildung. Sie vermag noch nicht ohne Unterstützung zu stehen.

Sie wird dann ans Bett gestellt und muss selbst hineinklettern, was nach einiger Mühe auch gelingt.

7 Uhr: Geh- und Stehversuche wiederholt. Patientin steht jetzt, wenn auch noch sehr unsicher und schwankend, ohne Unterstützung.

8 Uhr: Bad von 26° R. In der Nacht guter Schlaf. Urese und Defäkation in normaler Weise vollzogen. Seit der Streckung hat sich eine Contractur der unteren Extremitäten nicht wieder eingestellt.

26. April. Stündlich wiederholte Gehversuche fördern das Kind soweit, dass es am Mittag bereits aufrecht mit vorsichtiger aber sicherer Gangart durch den ganzen Saal gehen kann. Am Nachmittag angekleidet, einstündige Mittagsruhe auf einer Chaiselongue. Häufige Gehversuche in Strümpfen und Schuhen. In der Abendzeit circa zehn Minuten im Freien.

Status praesens: Mittelgrosses Mädchen von gracilem Knochenbau. Die Muskulatur ist dünn und schlaff; Fettpolster gering; Haut blass, ziemlich gut gespannt, elastisch. Die sichtbaren Schleimhäute sind blass.

Thorax: schmal, etwas abgeflacht, Lungenspitzen intact, Lungengrenzen gut verschieblich.

Herztöne rein, Herzgrenzen normal. Puls regelmässig.

Vasomotorisches Nachröten nicht gesteigert, Gesichtsfarbe sehr blass, Extremitäten fühlen sich kühl an.

Das linke Bein am Unterschenkel, namentlich aber über dem Talocruralgelenk im Vergleich zum rechten leicht geschwollen. Beim Gehen wird das linke Bein schonender aufgesetzt als das rechte, gleichzeitig wird der linke Fuss nach einwärts rotiert. Das rechte Bein wird im Knie stärker durchgedrückt.

Schädel symmetrisch, Stirn ziemlich hoch, Ohrläppchen angewachsen.

Zunge nicht belegt.

Urin ohne Eiweiss und Zucker. Leber normal.

Pupillen beiderseits gleich weit, rund, sämmtliche Reaktionen prompt. Augenbewegungen ohne Störungen.

Pectoralisreflex von normaler Stärke.

Anconeussehnenreflex normal stark.

Patellarreflexe beiderseits lebhaft. Kein Fussklonus.

Plantarreflexe und epigastrische Reflexe nicht gesteigert.

Idiomuskuläre Erregbarkeit leicht gesteigert.

Coordination der Arm- und Beinbewegungen ungestört.

Motilität nicht wesentlich beeinträchtigt. Leichter Tremor der gespreizten Finger. Beim Stehen mit geschlossenen Augen leichtes Uebersinken nach links.

Facialisinnervationen ohne Störung. Die Zunge wird gerade herausgestreckt, zeigt keine Zitterbewegungen.

Sensibilität intakt. Muskelgefühl ohne Störung.

Gesichts- und Gehörsinn normal.

Geruch und Geschmack gut entwickelt.

Nirgends auffällige Druckempfindlichkeiten.

5. Mai. Der weitere Verlauf hat gezeigt, dass die Behandlung das richtige getroffen. Vom 28. April ab vermochte das Kind dauernd ausser Bett zu sein. Anfangs bewegte es sich noch etwas ungeschickt, die Füsse oft einwärts drehend beim Gehen; mit jedem Tag ging es indessen besser. Patientin ist ein scheues, empfindsames, leicht zu Thränen neigendes Kind. Einzelnen Pflegerinnen schliesst es sich mehr an, dem Arzt gegenüber ist es ausserordentlich zurückhaltend. Ordiniert wurde ein Roborans.

14. Mai. Heute wurde Patientin von den Eltern abgeholt. Als bezeichnend für die Angehörigen sind noch folgende Züge anzuführen:

Der Vater hatte das Kind mit besonderem Nachdruck in die erste Verpflegungsklasse gethan, nachdem er das Angebot einer billigeren Aufnahme zurückgewiesen hatte. Zweitägig erschien er zur Einholung von Erkundigungen, obwohl er über eine Stunde Bahnfahrt hatte.

Die Mutter erstaunt beim ersten Wiedersehen des Kindes und erzählt demselben, in welchem Zustande man es hergebracht, „lahm, mit krummen Beinen“ etc.

Die ganzen Krankheitserscheinungen tragen ausgesprochen hysterischen Ckarakter. Sie treten auf als:

1. Paresen der unteren Extremitäten, die innerhalb dreier Tage zu vollkommenen Contracturen im Hüft- und Kniegelenk sich ausbilden,
2. Blasenstörungen,
3. Sinnestäuschungen (Pat. sieht grüne und weisse Männer an der Tapete etc.),
4. Hyperästhesie (Pat. kann kein Geräuseh vertragen, es darf kein Wagen am Haus vorbeifahren etc.),
5. Hysterische Krampferscheinungen (die Beine schlugen an einander, der ganze Körper flog in die Höhe, „wurde geworfen“ etc.)

und sind sämtlich psychogen hervorgerufen und in Folge dessen auch psychisch beeinflussbar.

Die Patientin, die geheilt entlassen wurde, hat bis April 1900 keine Krankheitserscheinungen mehr gehabt, wie aus Briefen ihrer Eltern hervorgeht, wo es heisst: „meine Tochter Helene ist ganz gesund, läuft und springt mit den Kindern, geht zur Schule, hat keine Spur von Krankheit mehr“.

Zieht man nun aus den geschilderten Fällen einen Schluss auf die Aetiologie, so zeigt sich, dass auch in unseren vier Fällen die Vererbung die Hauptrolle spielt. Nur bei Fall I konnte eine erbliche Belastung nicht genau festgestellt werden, bei den drei übrigen Fällen ist sie dagegen sicher nachgewiesen. Besonders der Fall II ist ausgezeichnet durch die polymorphe Disposition der Vererbung. Eine hysterische Erkrankung bei den Vorfahren der Patientin ist indessen nicht bekannt, und es scheint sich hier offenbar nur um die ungleichartige Vererbung, wie sie nach der Lehre Charcot's genannt wird, zu handeln. Eine andere Art der Vererbung, die sogenannte „gleichartige“, liegt bei den Fällen III und IV vor. Hier waren die Mütter der hysterischen Töchter ebenfalls hysterisch, wenn man in Fall IV die Mutter, von der gesagt wird, sie sei „nervenschwach

und ängstlich", als Hysterica bezeichnen darf. Dass die Vererbung die erste uud wichtigste Ursache der Hysterie ist, ist zu allen Zeiten anerkannt worden, und Briguet hat ausführliche Studien darüber angestellt. In seinen Arbeiten hierüber kommt er zu dem interessanten Resultat, dass man die Zahl der an Nervenaffektionen leidenden Verwandten der Hysterischen im Durchschnitt auf 25 vom 100 oder ein volles Viertel rechnen könne.

Die Ursachen nun, die in unseren Fällen das Ausbrechen der Hysterie begünstigten, die die hereditäre Disposition in Wirksamkeit treten liessen, waren im Fall I eine überstandene Influenza, in Fall II schwerer Scharlach, in Fall III lebhafte Gemütsbewegung (Angst und Furcht), und in Fall IV traten die ersten Zeichen der hysterischen Erkrankung im Anschluss an eine influenzaartige Erkrankung auf. Von all diesen Gelegenheitsursachen sind die lebhaften Gemütsbewegungen wohl die häufigsten, und Beispiele davon sind in der Litteratur zahlreich vorhanden. Aber auch die Infektionskrankheiten als Gelegenheitsursachen für Hysterie sind ziemlich verbreitet. Hier wirkt die Infektionskrankheit dadurch, dass sie eine allgemeine Erschöpfung erzeugt und so auf ein empfängliches Nervensystem tief einwirkt. Bei diesen Gelegenheitsursachen spielt die Suggestibilität, die gerade ein besonderes Merkmal für den Gemütszustand der Hysterischen ist, eine Hauptrolle, wie auch aus unseren Fällen deutlich hervorgeht. Sommer bezeichnet in seiner Diagnostik der Geisteskrankheiten*) sehr treffend „die pathologische Steigerung der bei jedem normalen Menschen vorhandenen Beeinflussbarkeit als die Grundlage des psychogenen Charakters." Da aber Kinder normaler Weise schon leichter zu beeinflussen sind als Erwachsene, so bildet die grössere Suggestibilität der hysterischen Kinder im Vergleich zu erwachsenen, hysterischen Patienten einen Hauptunterschied zwischen der Hysteria infantilis und der Hysterie bei Erwachsenen. Ferner spielt im kindlichen Geistesleben

*) Diagnostik der Geisteskrankheiten von Robert Sommer. Zweite Auflage, erschienen bei Urban & Schwarzenberg. Berlin und Wien. 1901.

die Phantasie eine viel grössere Rolle als bei Erwachsenen, und auch dieser Umstand unterscheidet beide Krankheitsformen von einander und ist bei der Therapie und eventuellen Prophylaxe wohl zu berücksichtigen. Vor allen Dingen fällt hier die Erziehung ins Gewicht. Strümpell sagt hierüber in seinem Lehrbuch*) sehr richtig: „Die Missgriffe einer Erziehung, welche die Launenhaftigkeit der Kinder nicht unterdrückt, welche die Stärkung des Willens und der Energie vernachlässigt, welche die Phantasie der Kinder in unpassender und überspannter Weise anregt, oder welche andrerseits durch geistige Ueberbürdung die psychischen Kräfte derselben überanstrengt und die geistige Entwickelung des Kindes verfrüht, legen leider nur zu oft den Grund zu jener reizbaren Schwäche des Nervensystems, auf deren Boden sich die Hysterie ausbildet".

Die Symptomatologie der kindlichen Hysterie ist von derjenigen der Erwachsenen nicht verschieden, nur tritt meist bei Kindern das Leiden viel plötzlicher und rascher auf als bei Erwachsenen. Die einzelnen Erscheinungen wachsen viel schneller bis zum Extrem an, vergl. Fall IV, wo innerhalb dreier Tage aus der anfänglich bestehenden Parese der Beine sich vollkommene Contracturen maximalster Beugung ausbildeten. Es hängt dies wohl auch mit der grösseren Suggestibilität jugendlicher Individuen zusammen, denn umgekehrt können diese Erscheinungen durch psychische Beeinflussung auch wieder eben so rasch zum Schwinden gebracht werden. Ferner ist das Krankheitsbild bei Kindern meist viel einfacher als bei Erwachsenen. Ein oder zwei Symptome sind meist deutlich ausgebildet und treten so in den Vordergrund, dass andere hysterische Erscheinungen sich gar nicht ausbilden können. Vielleicht ist dies so zu erklären, wie es Riesenfeld in seiner Dissertation**) thut, dass nämlich der Vorstellungs-

*) Lehrbuch der speciellen Patholologie und Therapie der inneren Krankheiten von Dr. Adolf Strümpell. 13. Auflage. Leipzig 1900. Verlag von F. C. W. Vogel.

**) „Ueber Hysterie bei Kindern". Inaugural-Dissertation von Paul Riesenfeld. Kiel 1887.

kreis bei Kindern ein viel kleinerer, enger umschriebener ist als bei Erwachsenen.

Dann seien hier auch noch einmal die bei den hysterischen Anfällen auftretenden Hallucinationen erwähnt, die ja auch in unseren vier Fällen beobachtet wurden. Die erste Patientin glaubt im Himmel beim Herrn Jesus gewesen zu sein, hat die Engel fliegen sehen, die zweite sieht das Leichenbegängnis ihres Vaters, die dritte wehrt sie bedrohende Phantasmen von sich ab und schreit dabei: „der kommt; das kommt“ etc., und die vierte Patientin sieht an der Tapete „grüne und weisse Männer“ und ruft in Furcht vor ihnen: „da kommt wieder einer“ etc. Gerade die Gesichtstäuschung der ersten Kranken ist eine charakteristisch hysterische. Himmel und Hölle haben ja bei derartig psychogenen Kranken immer eine Hauptrolle gespielt und spielen sie noch heute, von den Visionen der Jeanne d'Arc herab bis in unsere Tage. Auch in den Hexenverfolgungen prägt sich das eklatant aus. Waren die Hallucinationen sexueller Natur, so finden wir die den schrecklichen Aberglauben des Succubismus und Incubismus veranlassenden Angaben der Hysterischen dahin lautend, dass der Teufel sie beschlafen habe, was dann wieder zur Folge hatte, dass die Hexenrichter im hysterischen Arc de cercle und den vorangehenden Krampferscheinungen die Ausübung des Coitus mit unsichtbaren Dämonen erblickten. Von einigem praktischen Interesse ist es ausserdem, dass die Angaben hysterischer Hallucinanten oft eine grosse Aehnlichkeit mit den Visionen der Alkoholisten haben können, d. h. die Gestalten und Erscheinungen sind meist in Bewegung, nur selten in Ruhe, sie kommen auf die Kranken zu und bedrohen diese etc. Oft sehen die Kranken auch bewegliche Thiergestalten, wie Ratten, Mäuse, Katzen etc., und dann ist die Uebereinstimmung mit den Alkoholdelirien noch frappanter. Die Beobachtungen Briguets wie auch Charcots bestätigen dies und mahnen zur Vorsicht, dass nicht eventuell ein Unschuldiger in den falschen Verdacht eines dem Trunke Ergebenen geräte.

Die Therapie der Hysteria infantilis kann selbstverständlich nur eine psychische sein, und was sie unter Umständen leisten kann, ist aus den mitgeteilten Fällen gut zu ersehen.

Wir kommen nun zur Frage, wie ist die Prognose bei der hysterischen Erkrankung der Kinder zu stellen? Wie auch aus unseren vier Fällen deutlich hervorgeht, ist die Prognose für das einzelne Symptom oder für den einzelnen Symptomcomplex durchaus günstig. Bei allen vier Patientinnen verschwanden die hysterischen Krankheitserscheinungen in der Klinik vollständig. Bei Fall I, III und IV kehrten sie auch nach der Entlassung zu Hause nicht wieder zurück, sondern diese Patienten blieben nach den Erkundigungen, die angestellt wurden, davon verschont. Nur in Fall II traten zu Hause schon bald nach der Entlassung wieder Recidive auf und blieben dann auch bestehen.

Es stimmt dieses Resultat ungefähr mit dem, was auch von anderer Seite hierüber erforscht und mitgeteilt ist.*) Die Prognose der Hysteria infantilis ist im Vergleich zu der bei den Erwachsenen viel günstiger, sowohl für die einzelnen Symptome, als auch für die Krankheit an sich. Das einzelne Symptom verschwindet bei hysterischen Kindern unter geeigneter Behandlung fast regelmässig und zwar in kurzer Zeit. Allerdings sind dann immer noch spätere Recidive zu befürchten, doch treten diese immer nur bei einem Teil der Kinder wieder auf, der andere, und man darf wohl ruhig sagen, der grössere Teil der Kinder bleibt dauernd von weiteren, hysterischen Erscheinungen verschont, d. h. bei ihm ist die Hysterie als solche geheilt. Bei Erwachsenen ist dieses günstige Resultat nur ganz ausnahmsweise zu verzeichnen, meist behält ein Erwachsener, der einmal von der Hysterie befallen ist, dieselbe durch sein ganzes, ferneres Leben hindurch.

*) „Die Hysterie im Kindesalter“ von Dr. med. L. Bruns. Halle a. S. 1897. Verlag von Carl Marhold. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskranken, herausgegeben von Dr. med. Konrad Alt. I. Band, Heft 5 und 6.

Giessen, den 17. Dezember 1901.

Lebenslauf.

Der Unterzeichnete, Friedrich Otto Weber, ist geboren am 9. Mai 1876 zu Mönchhof a. M. im Kreise Gross-Gerau als zweiter Sohn des daselbst noch wohnhaften grossherzoglich hessischen Domänenpächters Friedrich Weber und dessen Ehefrau Lina geb. Schudt. Bis zu seinem neunten Lebensjahr genoss er Privatunterricht zu Hause; vom neunten bis vierzehnten Jahre besuchte er die höhere Bürgerschule zu Gross-Gerau und ging alsdann auf das Ludwigs-Georgs-Gymnasium zu Darmstadt, woselbst er im März 1895 seine Maturitätsprüfung ablegte. Ostern 1895 bezog er die Universität Giessen und liess sich hier zunächst als stud. jur. immatrikulieren. Zugleich diente er im hiesigen Infanterie-Regiment als Einjährig-Freiwilliger vom 1. April 1895 bis 1. April 1896. Im Wintersemester 1896-97 liess sich Unterzeichneter als stud. med. inscribieren und bestand am 25. Juli 1898 die ärztliche Vorprüfung. Im darauffolgenden W.-S. 1898-99 bezog er die Universität Berlin. Im S.-S. 1899 kehrte er dann wieder nach Giessen zurück und legte im Laufe des S.-S. 1901 seine ärztliche Prüfung vor der Prüfungskommission zu Giessen ab. Während der Monate August und September 1901 war Unterzeichneter als Assistenzarzt in der psychiatrischen Klinik zu Giessen thätig, und seit November diesen Jahres ist er als Volontairassistent an derselben Klinik.

Friedrich Otto Weber,
approb. Arzt.

Druckfehlerberichtigung.

1) Seite 8, Zeile 26 lies: „missverstanden“ statt „misverstanden“.
2) „ 9, „ 31 „ „Louyer-Villermay“ statt „Louyer-Villernoay“.
3) „ 9, „ 21 „ „ganz“ statt „gasz“.
4) „ 9, „ 30 „ „gesetzten“ statt „gesezten“.
5) „ 15, „ 27 „ „entblösst“ statt „entblöst“.
6) „ 16, „ 15 „ „zusammen“ statt „znsammen“.
7) „ 16, „ 20 „ „missglückten“ statt „misglückten“.
8) „ 18, „ 8 „ „Reflex“ statt „Reffex“.
9) „ 18, „ 16 „ „Masse“ statt „Maase“.